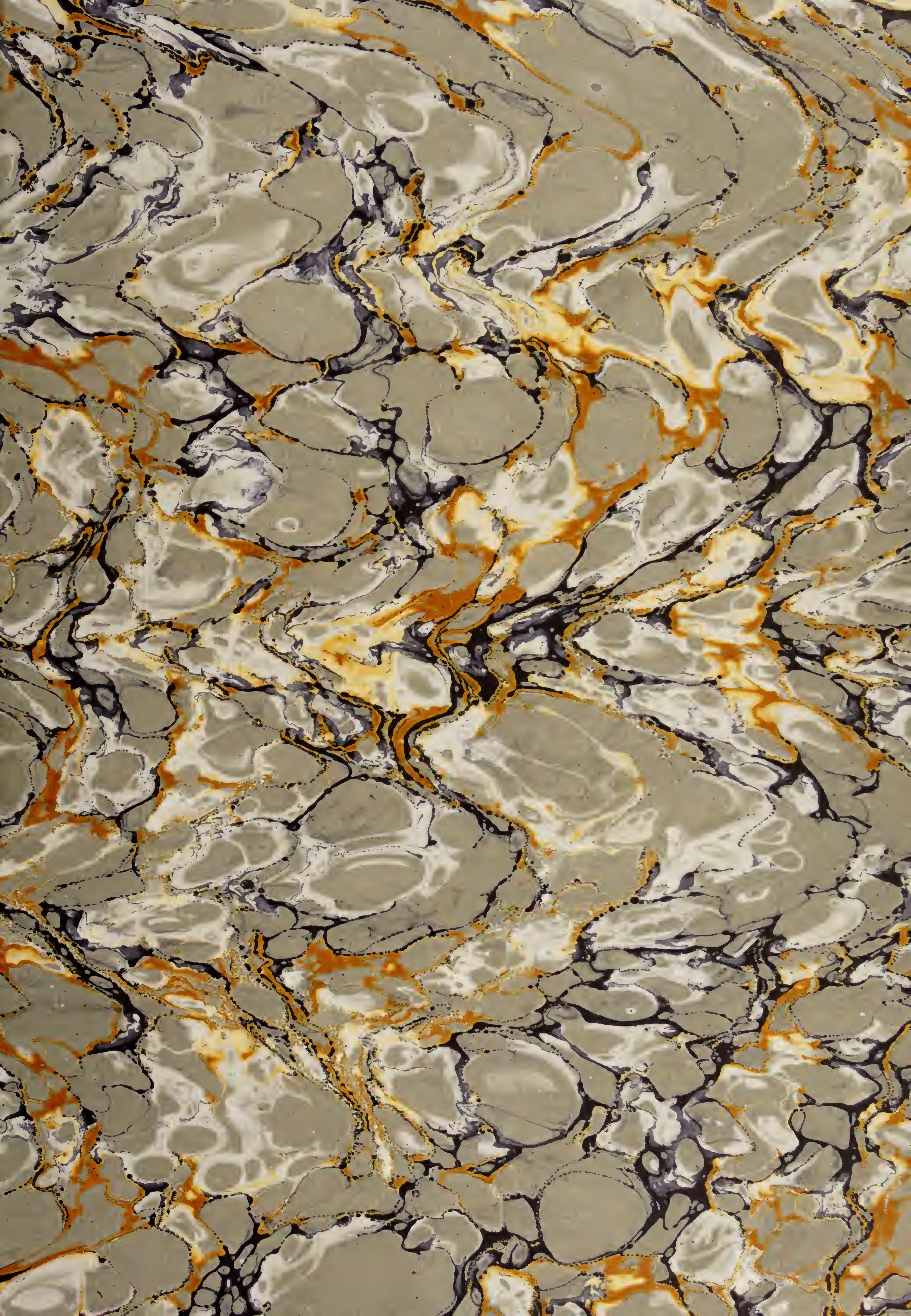


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 4.

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue le 4 janvier* 1839,

Par P. GÉRAUD, de Saint-Izaire

(Aveyron).

I. — Quels sont les symptômes et le traitement des polypes fibreux des fosses nasales et du pharynx?

II. — Des principales difformités de la main et du pied.

III. — Histoire anatomique et physiologique de la formation des membranes muqueuses accidentelles.

IV. — Donner la description de l'organisation des sangsues; des espèces ou variétés qu'elles présentent; indiquer les moyens de les conserver ou de les multiplier.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET C^e^,

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1839

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

*Professeurs.*

| | |
|---|---|
| M. ORFILA, DOYEN. | MM. |
| Anatomie | BRESCHET. |
| Physiologie | BÉRARD (aîné). |
| Chimie médicale | ORFILA. |
| Physique médicale | PELLETAN. |
| Histoire naturelle médicale | RICHARD. |
| Pharmacie et Chimie organique | DUMAS. |
| Hygiène | ROYER-COLLARD. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN, Examinateur.<br>GERDY. |
| Pathologie médicale | DUMÉRIL.<br>ANDRAL. |
| Anatomie pathologique | CRUVEILHIER. |
| Pathologie et thérapeutique générale | ........... |
| Opérations et appareils | RICHERAND. |
| Thérapeutique et matière médicale | ........... |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | MOREAU, Président. |
| Clinique médicale | FOUQUIER.<br>BOUILLAUD.<br>CHOMEL.<br>ROSTAN. |
| Clinique chirurgicale | JULES CLOQUET.<br>SANSON (aîné).<br>ROUX.<br>VELPEAU. |
| Clinique d'accouchements | DUBOIS (PAUL). |

*Agrégés en exercice.*

MM. BAUDRIMONT.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAZENAVE, Examinateur.
CHASSAIGNAC.
DANYAU.
DE LA BERGE.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER.

MM. LARREY.
LEGROUX.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
ROBERT, Examinateur.
RUFZ.
SÉDILLOT.
VIDAL.

---

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

# DE MON PÈRE.

*Regrets éternels!!!*

# A MA MÈRE.

*Amour, reconnaissance.*

# A MES FRÈRES ET SŒURS.

*Amitié inaltérable.*

# A M. DALBIS DU SALZÉ,

Ancien Magistrat.

*Dévouement sans bornes.*

P. GÉRAUD.

# QUESTIONS

SUR

# DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

> Μέγα δὲ μέρος τῆς τέχνης τὸ δύνασθαι σκοπεῖν.
>
> (HIPPOCRATE.)

## I.

*Quels sont les symptômes et le traitement des polypes fibreux des fosses nasales et du pharynx?*

Le polype est une tumeur ordinairement pédiculée, simple ou multiple, se développant dans l'intérieur des cavités muqueuses, soit qu'elle résulte d'une végétation de la membrane qui les tapisse, soit qu'elle naisse des tissus placés au-dessous d'elle : on l'appelle ainsi, à cause de la ressemblance que l'on a cru trouver avec les zoophytes qui portent ce nom. Toutefois, cette définition n'est pas rigoureuse : la description ultérieure indiquera mieux les caractères distinctifs. Dans un beau travail publié en 1833, M. le professeur Gerdy décrit plusieurs espèces de polypes qui nous paraissent fondées : M. Blandin n'admet que les polypes muqueux, charnus et fibreux; enfin M. Sanson ne parle que des polypes fibreux et des polypes muqueux. Presque toujours, dit-il, leur corps, ou tout au moins leur pédicule, présente l'organisation fibreuse ou vésiculaire, les autres dégénérescences paraissent consécutives.

Les polypes fibreux sont composés de fibres contournées autour du

centre de la tumeur, séparées entre elles par une matière gélatineuse qui les rend plus ou moins consistants. M. Blandin semble les attribuer à un effort hémorrhagique avorté, et qui a subi plus tard une organisation. Ne serait-ce pas l'hypertrophie du périoste ou d'un autre tissu? Ces tumeurs se développent toujours sous la muqueuse qui fournit beaucoup de vaisseaux sanguins à la périphérie : un petit nombre seulement arrive jusqu'au centre. Susceptibles de se ramollir, on les voit quelquefois dégénérer en cancer, surtout à la suite d'un traitement intempestif et de cautérisations partielles; mais M. Dupuytren a démontré que cela n'arrive ordinairement qu'aux parties excentriques, et que le pédicule reste sain dans l'immense majorité des cas. Les polypes fibreux des fosses nasales se développent presque toujours vers l'ouverture de communication du sinus maxillaire avec la narine correspondante, à la partie postérieure de ces cavités, à la voûte basilaire, au haut du pharynx : on les a observés dans divers points de ce dernier organe.

*Symptômes.*

Dès leur début, les polypes fibreux des fosses nasales ne produisent que peu de gêne, et ils restent longtemps ignorés; mais lorsqu'ils ont acquis un peu de volume, on observe la gêne de la respiration et de l'olfaction, des coryzas parfois fatigants, le rétrécissement des fosses nasales, des altérations de la voix et de la parole; presque toujours on peut les toucher. Plus tard, la narine est rétrécie et même effacée par le polype qui refoule les cornets, la cloison, et va quelquefois jusqu'à boucher la narine opposée. On a vu la voûte palatine abaissée, et la lame criblée de l'ethmoïde, poussée vers l'encéphale, donner lieu à des accidents terribles : plus souvent, la tumeur fait irruption dans le sinus maxillaire, et sort par les ouvertures antérieure et postérieure des fosses nasales : le pharynx, la trompe d'Eustache, le larynx, peuvent être comprimés et troublés dans leurs fonctions. A ce degré, le plancher de l'orbite est ordinairement soulevé, et on observe une exophthalmie toujours croissante, jusqu'à la perte entière de la vue : le canal

nasal est obstrué ou comprimé, et il y a épiphora; quelquefois les dents du maxillaire supérieur sont chassées de leurs alvéoles; la face est plus ou moins difforme : on en voit dilater le tronc sphéno-palatin, et engager des embranchements dans la fosse sphéno-maxillaire et zygomatique; souvent, alors, la respiration n'a plus lieu que par la bouche, l'olfaction est abolie, et la déglutition très-difficile. Tel était l'état d'un malheureux jeune homme de dix-sept ans que nous avons vu l'été dernier, dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. En général, il y a un écoulement mucoso-puriforme et des hémorrhagies plus ou moins fréquentes.

Les polypes fibreux du pharynx donnent lieu à des symptômes un peu différents : c'est la gène de la déglutition, quelquefois le retour des liquides par les fosses nasales, la dyspnée, l'altération de la voix, des envies de vomir, la compression de la langue, une toux sympathique; enfin le toucher et l'aspect de la tumeur ne laissent plus aucun doute sur le diagnostic : quelquefois la suffocation paraît imminente, et la déglutition devient impossible.

Le pronostic de cette affection étant fort grave, il importe de la traiter aussitôt qu'on s'en aperçoit; plus tard, l'opération n'offrirait plus les mêmes chances de succès. C'est ainsi que le jeune homme dont nous parlions tout à l'heure mourut de compression cérébrale, quinze jours après son entrée dans les salles de M. Velpeau, cet habile professeur s'étant refusé à faire une opération qui, disait-il, devait être nécessairement mortelle.

## *Traitement.*

On a proposé diverses méthodes de traitement pour les polypes; c'est à la sagacité du praticien à déterminer à laquelle il faut donner la préférence dans les deux cas qui nous occupent. Voici les plus importants de ces procédés :

1° L'*exsiccation* consiste à déterminer le resserrement ou l'astriction des polypes, en employant les poudres de noix de galles, de tannin,

d'alun, l'eau végéto-minérale, etc.; mais ces moyens ne sont que palliatifs, et quelquefois ils ont déterminé la dégénérescence cancéreuse.

2° La *cautérisation*, en usage chez les anciens, est aujourd'hui presqu'abandonnée. On employait les caustiques sous diverses formes, la potasse, les acides, le nitrate d'argent, ou même le cautère actuel, porté au moyen d'une canule métallique. Cette méthode, au rapport de M. le professeur Gerdy, est trop négligée de nos jours; elle pourrait être utile dans le cas où le polype n'a pas de tendance à dégénérer en cancer.

3° L'*excision*, déjà pratiquée par Celse, est applicable, non-seulement aux polypes situés près de l'ouverture extérieure des narines, mais encore à ceux qui s'insèrent plus profondément. Pour l'exécuter, on saisit la tumeur avec des pinces de Museux, et on coupe le pédicule avec des ciseaux courbes, ou avec un bistouri boutonné; il peut être utile alors d'employer les styptiques ou la cautérisation, afin de détruire complétement la racine du polype, ou afin d'arrêter l'hémorrhagie qui, ordinairement, est plus inquiétante que dangereuse. Ledran, voulant réséquer un polype fixé vers l'ouverture postérieure des fosses nasales, introduisit des ciseaux courbes dans la narine, les dirigea avec les doigts introduits par la bouche, et termina heureusement l'opération. On a proposé, dans certains cas, de fendre le voile du palais qu'on réunirait ensuite par le procédé ingénieux de M. le professeur Roux.

4° L'*arrachement* est une opération convenable, surtout pour les polypes dont le pédicule est étroit et facile à saisir. On abandonne aujourd'hui l'usage des ficelles garnies de nœuds et des stylets métalliques roulés en spirale, employés par les anciens pour user ces tumeurs, et l'on ne se sert plus que de pinces dont les mors, creusés en dedans, sont percés à jour et garnis de dents de loup, les branches réunies ou séparables comme celles du forceps. Le malade étant situé convenablement, et faisant des efforts pour se moucher, on introduit, par le nez ou par la bouche, selon le siége de la tumeur, des pinces trempées dans l'huile ou enduites de cérat; le polype une fois saisi, on l'arrache en imprimant des mouvements de torsion, de va et vient;

de l'eau froide et de l'oxycrat suffisent ordinairement pour arrêter l'hémorrhagie qui suit l'opération ; s'il en était autrement, il faudrait employer les astringents, ou même le tamponnement des fosses nasales. Quelquefois il est nécessaire de diviser l'opération en plusieurs temps, de débrider et de détruire les branches du polype avant d'attaquer son corps : plus rarement les doigts suffisent à la manœuvre, comme à Morand et à Sabatier dans certains cas.

5° Le *séton* a été employé autrefois pour détruire un polype que l'on traversait d'outre en outre d'une mèche simple ou chargée de principes médicamenteux irritants : on ne s'en sert plus que pour achever de détruire les débris d'un polype déjà attaqué par d'autres procédés.

6° La *compression*, préconisée par le docteur Lamauve, n'offre pas sans doute les résultats avantageux annoncés par son inventeur ; car on ne la voit pas employée dans les hôpitaux de Paris : elle nous paraît inapplicable dans le plus grand nombre des cas.

7° La *ligature* consiste dans l'étranglement du pédicule de la tumeur, à l'aide d'un fil ou d'un stylet métallique : elle convient surtout aux polypes pharyngiens et à ceux qui naissent près de l'ouverture pharyngo-nasale : plusieurs procédés plus ou moins ingénieux ont été proposés et peuvent être mis en usage.

Hippocrate portait déjà un fil autour du pédicule à l'aide d'un instrument fourchu, mais privé des moyens de serrer ce fil ; il s'en servait seulement pour opérer une espèce de résection de la tumeur, en tirant sur l'anse jusqu'à ce que le pédicule fût coupé. Dionis faisait un nœud lâche sur un gros fil ciré ; puis, engageant le polype dans ce nœud au moyen d'une pince à bec de corbin, il faisait sortir par la bouche une des extrémités du fil passée par le nez dans le chas d'une longue aiguille flexible : il ne lui restait plus qu'à tirer par les deux bouts pour serrer la ligature. Heister portait la ligature avec une aiguille courbe, montée sur un long manche, et fenêtrée vers la pointe.

Levret employait deux tuyaux, tantôt accolés et soudés ensemble, tantôt croisés et réunis à la manière des deux branches d'une pince. C'était à la fois un porte-anse et un serre-nœud ; il se servait d'un fil métallique.

Roderick imagina d'introduire par la bouche une anse destinée à à embrasser le polype : les deux bouts sortant par le nez furent passés dans des grains de chapelet, et arrêtés sur le treuil d'un tourniquet d'ivoire pour servir de serre-nœud. Le procédé de Chopart et Desault n'est autre que celui de Roderick avec la précaution d'attacher un fil à l'anse, pour la retirer par la bouche, si elle manque le pédicule ; le serre-nœud était aussi différent. Brasdor faisait son anse avec un fil d'argent de coupelle, qu'il retirait par le nez avec la sonde de Belloc. Le reste de l'opération ne différait guère de la précédente. Dubois avait substitué un fil ciré au stylet d'argent, et Boyer une corde à boyau. Mais dans tous ces cas, nous supposions que les doigts du chirurgien peuvent atteindre et saisir le polype pour conduire l'anse autour du pédicule : si cette manœuvre devient impraticable par une disposition particulière de la tumeur, on pourra se servir des instruments inventés par Desault pour la ligature des polypes de la matrice, ou d'une canule que cet auteur employait dans le cas qui nous occupe.

M. Rigaud a imaginé un instrument composé de trois tiges d'acier réunies dans une canule sur le modèle de la pince à trois branches usitée pour le broiement des pierres dans la vessie. Les trois extrémités des tiges reçoivent dans une fente particulière un fil qu'elles laissent aller facilement autour du pédicule au moyen de légères manœuvres.

Dans ces derniers temps, M. Félix Hatin a inventé un instrument ingénieux qu'il nomme *filiduc* : c'est une tige métallique sur laquelle glissent deux lames, destinée à jeter une anse autour des polypes. Quant au serre-nœud, on se sert quelquefois de celui de Roderick, mais plus souvent de celui de Desault : on serre la ligature d'une manière graduée jusqu'à la chute de la tumeur ; il faut constamment plusieurs jours pour qu'elle se flétrisse, se mortifie et se détache. De quelque manière qu'on l'ait saisie d'abord, il est toujours utile de traverser la

base d'un fil ramené au dehors et attaché au bonnet du malade; sans cette précaution, le polype, en se détachant, pourrait amener la suffocation, et d'autres accidents fâcheux.

Les diverses méthodes de traitement que nous venons d'indiquer ont joui tour à tour d'une certaine vogue ; mais l'arrachement, la ligature et quelquefois l'excision sont les seuls usités aujourd'hui; toutefois l'indication des autres procédés peut avoir lieu dans certaines circonstances, ne serait-ce que pour compléter l'effet des premiers. C'est ainsi que les anciens se servaient souvent de la cautérisation et de l'exsiccation en même temps; nous avons dit plus haut que ces moyens étaient employés quelquefois avec l'excision pour achever de détruire la tumeur ou pour combattre l'hémorrhagie. L'arrachement est, sans contredit, la méthode la plus expéditive et la plus sûre; nous l'avons vu pratiquer par M. Blandin toutes les fois que le polype s'est trouvé favorable à cette opération. Quant à la ligature, elle n'est applicable qu'aux polypes pédiculés accessibles aux instruments. Elle est d'ailleurs fort difficile à exécuter, et il ne serait besoin que de rappeler le nombre des procédés à l'aide desquels on a tour à tour proposé de la pratiquer pour fournir la preuve de cette assertion.

Dans le traitement des polypes du pharynx on emploie l'arrachement, l'excision et la ligature par les procédés déjà décrits. Le filiduc de M. Hatin, l'instrument de M. Rigaud, et ceux de Desault, trouveront ici une application avantageuse. Le traitement consécutif consiste à soumettre le malade au régime des maladies aiguës, à faire des injections émollientes ou détersives, selon les indications, et à combattre l'inflammation qui pourrait survenir aux parties affectées.

---

## II.

### *Des principales difformités de la main et du pied.*

Les principales difformités de la main sont relatives au nombre des doigts, à leurs adhérences mutuelles, et à leur fausse direction. M. Cruveilhier a vu une main composée de deux doigts; le plus souvent on en rencontre de surnuméraires appartenant au bord cubital de la main. J'ai observé, pour ma part, une famille sexdigitaire; tantôt ces organes s'articulent avec un métacarpien qui leur est propre; tantôt ils sont implantés sur le voisin, plus rarement sur les phalanges avec ou sans tendon particulier. Le traitement est ordinairement nul, si les fonctions de la main ne sont pas gênées; dans le cas contraire, on les emporte avec le bistouri ou les ciseaux, suivant les procédés ordinaires; quelquefois on se conduit d'après les circonstances.

Les adhérences des doigts entre eux peuvent être congéniales ou accidentelles, survenues alors à la suite d'une blessure ou d'une ulcération. On les détruit à l'aide du bistouri que l'on fait glisser entre les parties contiguës dans toute leur longueur. Le pansement et les soins consécutifs ne diffèrent point des cas ordinaires.

Quelques auteurs ont observé l'inclinaison latérale des doigts chez les enfants habitués à les faire claquer; mais la difformité qui se rencontre le plus souvent dans la pratique, c'est leur flexion permanente, ordinairement celle des trois derniers. Quelquefois il a suffi d'une paralysie incomplète de tous les muscles pour que l'action des fléchisseurs, toujours prédominante, jointe à la direction des surfaces articulaires, entraînât ces organes dans le sens de la flexion. Dupuytren rapporte un cas où les fléchisseurs s'étaient raccourcis à la suite d'une blessure grave faite à leur partie supérieure; il ajoute que presque toujours la rétraction permanente des doigts est due au raccourcissement de l'aponévrose palmaire et de ses bandelettes terminales. M. Goyraud,

dans un mémoire lu à l'Académie royale de médecine, a combattu cette opinion, et il a avancé que la direction vicieuse des doigts était due à des cordons fibreux de nouvelle formation : l'arthrite, l'ankylose, les cicatrices, les brûlures de la paume de la main, le travail d'agriculteur, de cocher, de maître d'armes, tout ce qui expose cet organe à des causes d'irritation continue, seraient, d'après lui, les causes de cette affection ; la section transversale des tendons des extenseurs et la paralysie de ces muscles devraient aussi nécessairement produire le même effet.

Le traitement consiste dans la section des brides sous-cutanées. Dupuytren faisait des incisions transversales; M. Goyraud incise la peau longitudinalement sur le trajet des cordons fibreux qu'il enlève dans le temps de l'opération par une espèce d'énucléation : on pourrait encore, à l'exemple de sir Astley Cooper, de Londres, inciser de dedans en dehors sans intéresser la peau. Nous avons vu à l'hôpital de la Pitié les deux premières méthodes pratiquées par M. Lisfranc sur le même sujet ; seulement à la deuxième il ajouta quelques points de suture exigés par la circonstance : la main posée convenablement fut maintenue sur une planchette digitée, et le doigt opéré par le procédé de Dupuytren resta quelques jours de plus que l'autre à guérir. L'autoplastie ne trouverait-elle pas ici son application dans certains cas ? Quelque méthode qu'on emploie, mais surtout avec celle de Dupuytren, il reste toujours à se prémunir contre l'inflammation qui pourrait devenir fâcheuse en cet endroit à cause de la structure anatomique de la main.

Il est rare que les doigts soient renversés sur la face dorsale. Si le cas se présentait, il serait facile de les ramener à leur direction naturelle, et de les soutenir sur une planchette.

Toutes les difformités que nous venons de décrire peuvent se rencontrer aux orteils, et on y remédie par des procédés analogues, à quelque différence près : seulement ici le soin de la chaussure entrera pour beaucoup dans le traitement, dans celui surtout qui ne sera que palliatif; mais le pied est sujet à un genre d'affection bien autrement intéressant à examiner : je veux parler du pied-bot. Dans l'état normal,

cet organe doit appuyer sur le sol par l'extrémité inférieure des cinq os du métatarse, en même temps que par la grosse tubérosité du calcanéum : tout changement intégral ou partiel à cet état constitue une difformité presque toujours congéniale, que l'on a désignée sous le nom de *pied-bot*. Les anciens donnèrent le nom de *vari* aux pieds renversés en dedans, appuyant sur le sol par leur côté externe; *valgi*, à ceux qui étaient contournés en dehors, leur bord interne étant devenu convexe et servant à la station; *équini*, aux pieds ramassés sur eux-mêmes, et ne reposant que sur leur extrémité antérieure; le talon se trouve alors moins éloigné du sol, et les orteils font un angle plus ou moins droit avec le tarse et le métatarse. Dans la variété connue sous le nom de *pieds plats*, les malléoles touchent presque le sol; la face plantaire est aplatie, élargie, et les sujets qui en sont affectés ne peuvent supporter de longues marches. Quant aux altérations anatomiques du pied-bot, les tissus voisins, les muscles surtout sont presque toujours atrophiés, et les os du tarse contournés diversement, à l'exception de l'astragale qui, selon Scarpa, se dévie très-peu de sa position naturelle.

Il serait trop long d'exposer les diverses méthodes de traitement proposées pour ce genre d'affection par Delpech et autres chirurgiens célèbres. Dans ces derniers temps surtout, on a préconisé des appareils ingénieux à l'efficacité desquels l'expérience ne paraît pas toujours favorable : c'est une opinion que nous osons à peine émettre, mais nous la croyons fondée depuis que nous voyons, à l'Hôtel-Dieu, des appareils de ce genre dans le service de M. Blandin. Leur effet est extrêmement lent, et quelquefois nul; il est vrai qu'ils réussissent mieux chez des enfants et dans des conditions autres qu'un hôpital, asile connu de la misère, où, d'ailleurs, les machines ne sont pas des mieux faites. La section du tendon d'Achille paraît réussir à M. Duval, et nous l'avons vue pratiquer par M. Lisfranc avec le même succès. Mais quels sont du moins les principes sur lesquels repose l'efficacité des divers appareils qui nous occupent? Voici comment M. le professeur Sanson nous les décrit en peu de mots : la plupart de ces procédés

tirent leur principe d'action d'un ressort appliqué à la jambe par la face convexe, et fixé autour de ce membre par son extrémité supérieure, tandis que son autre extrémité est fixée au bord de la semelle d'un brodequin solide, correspondant au côté opposé à celui vers lequel la plante du pied se dirige.

---

## III.

*Histoire anatomique et physiologique de la formation des membranes muqueuses accidentelles.*

Dans les fistules et dans les abcès clos de toute part, à la place de portions de membranes muqueuses détruites, le tissu cellulaire est susceptible de s'élever par degrés à la transformation muqueuse : il se forme d'abord une couche spongieuse très-mince, parsemée d'une multitude de vaisseaux capillaires dont l'épaisseur augmente peu à peu : celle-ci repose sur des lames de tissu cellulaire, ordinairement dense, et s'y réunit d'une manière plus ou moins solide, ou, si l'inflammation est devenue chronique, le tissu cellulaire ambiant passe à l'état d'induration blanche, et forme des engorgements plus ou moins volumineux. Une fois établie, cette production est, en général, peu douloureuse : l'exhalation, l'absorption et la sécrétion ne tardent pas à y avoir lieu. A ce degré il serait difficile de faire adhérer les parois entre elles : son usage principal, selon Dupuytren, paraît être de préserver les parties voisines du contact d'un fluide irritant.

Elle ne diffère des muqueuses naturelles qu'en ce qu'elle ne contient pas, d'une manière évidente au moins, des follicules mucipares. M. Marjolin professe, avec beaucoup d'autres pathologistes, qu'elle n'a pas non plus d'épithélium : M. Andral en a trouvé vers l'orifice externe de quelques fistules. Ce dernier auteur ajoute que les membranes muqueuses accidentelles, dans leur organisation la plus parfaite,

peuvent être assimilées aux muqueuses naturelles les plus simples, telles que celles des uretères ou des petites ramifications des canaux hépatiques.

---

## IV.

*Donner la description de l'organisation des sangsues; des espèces ou variétés qu'elles présentent; indiquer les moyens de les conserver ou de les multiplier.*

Les sangsues qui forment la petite famille des hirudinées parmi les annélides abranches de Cuvier méritent d'être examinées avec le soin le plus scrupuleux. Leur corps est allongé de trois à six pouces, convexe supérieurement, rétractile, composé de plusieurs anneaux, terminé par deux disques charnus capables de se fixer comme une ventouse, qui lui servent dans la progression et pour la succion. Une bouche triangulaire formée de trois mâchoires armées chacune de soixante denticules, devient l'origine d'un long canal intestinal renflé à distance, et terminé par un anus dorsal. Le système nerveux ne consiste qu'en un cordon étendu de la bouche à l'anus, renflé d'espace en espace par vingt à trente ganglions. Quant au système vasculaire, il est réduit à deux longs vaisseaux à sang rouge envoyant çà et là quelques ramifications; la respiration a lieu par deux rangées de vésicules ouvertes latéralement, et la peau transsude une humeur visqueuse qui facilite la progression. De tous les sens, les sangsues paraissent réduites au toucher et au goût.

Toutes celles qui sont armées de dents peuvent servir en médecine; mais on n'emploie généralement que deux variétés : 1° la sangsue verte, *sanguisuga officinalis*, ayant le dos marqué de six bandes longitudinales de couleur ferrugineuse, le ventre vert et bordé de noir; 2° la sangsue grise ne différant guère de la précédente que par des

nuances de couleur et par un moindre volume. M. Moquin-Tandon décrit encore quelques autres espèces qu'il nous paraît inutile de rappeler dans cette analyse; seulement nous remarquerons que la sangsue noire ou de cheval, si commune dans les eaux douces, ne saurait entamer le corps de l'homme, à cause de ses denticules émoussées.

Les sangsues sont hermaphrodites et ovipares. Parmi les procédés imaginés pour conserver ces animaux, il n'en est pas de meilleur qu'un vivier avec de l'argile glaise mêlée de mousse et de gazon, à l'abri du soleil, et dont l'eau, à dix degrés environ, est sans cesse renouvelée. Quelques personnes se servent d'un tonneau fenêtré, disposé d'ailleurs comme un vivier. Avec ces précautions les sangsues non-seulement se conservent, mais encore elles se multiplient facilement. Dans les pharmacies on les place assez souvent au fond d'un vase couvert de toile remplie d'eau fréquemment renouvelée; rarement on y met de l'argile glaise.

Ce serait ici le lieu de parler des sangsues comme moyen thérapeutique; mais la question, bien que des plus intéressantes, nous entraînerait trop loin.

## HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Αἱ μεταβολαὶ τῶν ὡρέων μάλιστα τίκτουσι τὰ νοσήματα ἐν δὲ τῇσι ὥρῃσιν ἡ θάλψις, ἡ ψύξις, και τ'ἄλλα κατὰ λόγον οὕτως.

II.

Mulierem in utero gerentem, acuto morbo corripi, lethale.

III.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum.

IV.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens malum.

---

## PROPOSITIONS.

I.

Il est rare que l'implantation du placenta sur le col de la matrice ou sur ses bords ne détermine pas l'hémorrhagie dans les derniers mois de la grossesse.

II.

Les préparations d'or réussissent souvent contre la syphilis lorsque

le mercure a échoué ou qu'il entraîne des accidents qui ne peuvent en permettre un usage assez prolongé.

III.

Avant de tenter une opération sur les parties internes de l'œil, il faut dilater la pupille au moyen de l'extrait de balladone.

IV.

Les rétrécissements de l'urèthre à la suite des blennorrhagies sont dûs la plupart du temps non, comme on l'a dit, à l'action des injections astringentes, mais bien à la récidive de la maladie.

V.

Le bruit de diable est un signe précieux dans le diagnostic de la chlorose.

VI.

Le traitement de la fièvre typhoïde à ses diverses périodes demande beaucoup de sagacité de la part du médecin.

VII.

Une métrite négligée produit assez souvent le cancer de l'utérus.



